

**HUBUNGAN STATUS KARIES GIGI DENGAN KUALITAS HIDUP
TERKAIT KESEHATAN MULUT ANAK USIA 8-10 TAHUN
(Studi Kasus SDN 3 dan SDN 5 Kota Parepare)**

Fuad Husain Akbar¹, Rini Pratiwi², Ady Multazam³

^{1,2} Dosen Departemen Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat, Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Hasanuddin

³ Mahasiswa Profesi, Departemen Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat, Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Hasanuddin

Koresponden: Fuad Husain Akbar, Departemen Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat, Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Hasanuddin, Email: fuad_gi2@yahoo.co.id

ABSTRACT

Background: Cavities besides causing eating disorders also cause impaired speech, impaired learning activities of children in school, even sleep disorders. Children who have a poor oral and unhealthy teeth are 12 times more often to have impaired activity including not attend the school than children with healthy teeth and good oral. **Methods:** Observational analytic and Cross Sectional Study approach. Techniques of collecting data using questionnaires, with the subject of research by 196 children. To see if there is a relationship between cavities status and the quality of life of children. Data were analyzed using paired T test with $\alpha = 0.05$. The data obtained are then processed using SPSS version 22.0. **Result:** Statistical test results showed that no significant relationship between the value of def-t with the quality of life of children 8-10 years old and Statistical test results showed that no significant relationship between the DMF-T with the quality of life of children aged 8-10 years, **Conclusion:** Poor oral health is an important factor that can negatively impact the quality of life of children and affect daily activities like school and learning.

Keywords: *Dental Caries, Quality of Life*

LATAR BELAKANG

Masalah kesehatan gigi dan mulut yang paling banyak ditemukan di masyarakat luas adalah karies gigi. Karies gigi adalah penyakit infeksi yang bersifat progresif pada jaringan keras gigi yaitu email, dentin dan sementum hingga meluas ke arah pulpa. Proses terjadinya karies ditandai dengan terjadinya demineralisasi pada jaringan keras gigi diikuti dengan kerusakan bahan organik. Faktor utama penyebab karies yaitu host atau tuan rumah, agen atau mikroorganisme, substrat atau diet dan faktor waktu. Karies terjadi jika keempat faktor tersebut ada, bila salah satu faktor tidak ada maka karies tidak akan terbentuk. Hal ini disebabkan keempat faktor tersebut merupakan lingkaran yang saling terkait.¹

Karies merupakan masalah utama dalam kesehatan gigi dan mulut anak-anak. Pada tahun 2000 *United States Surgeon General* melaporkan bahwa karies merupakan penyakit infeksi yang paling banyak diderita anak-anak. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan angka kejadian karies pada anak usia sekolah dasar sebesar 60-90%. Hasil penelitian Joshi dkk di Tamil Nadu menyatakan 77% anak usia 6-12 tahun mengalami karies. Hasil NOHS (*National Oral Health Survey*) tahun 2006 di Filipina, menunjukkan anak SD pada umur 6 tahun mengalami karies sebesar 97,1% dan pada umur 12 tahun sebesar 78,4 %. Menurut data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) tahun 2009, sebanyak 89% anak Indonesia dibawah 12 tahun menderita karies gigi. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Nasional tahun 2013 melaporkan 28,9% anak usia 5-9 tahun di Indonesia mengalami masalah gigi.²⁻⁴

Prevalensi karies gigi pada gigi susu lebih tinggi dibandingkan gigi tetap, hal ini disebabkan proses kerusakannya kronis dan asimtomatis. Selain itu, gigi susu mempunyai struktur enamel yang kurang padat karena banyak mengandung air. Pengalaman karies yang tinggi dapat mempengaruhi kualitas hidup anak karena dapat menyebabkan rasa sakit, ketidaknyamanan, profil wajah yang tidak harmonis, infeksi akut serta kronis, serta gangguan makan. Karies gigi selain menimbulkan gangguan makan juga dapat menyebabkan gangguan berbicara, gangguan dalam kegiatan belajar anak di sekolah, bahkan gangguan tidur. Anak-anak yang mempunyai kesehatan gigi dan mulut yang buruk 12 kali lebih banyak mengalami gangguan aktivitas termasuk

tidak masuk sekolah dibandingkan dengan anak dengan kesehatan gigi dan mulut yang baik.⁵⁻⁷

Pengukuran kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut anak dapat dilakukan dengan menggunakan instrumen yang langsung berdasarkan penilaian anak yaitu *Child Perception Questionnaire* (CPQ), *Child Oral Impact Daily Performance* (Child-OIDP), *Child Oral Health Impact Profile* (COHIP) dan instrumen kualitas yang melalui penilaian orangtua yaitu *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS), *Parental Caregiver Perception Questionnaire* (P-CPQ).⁸

Child perceptions questionnaires (CPQ) dibuat di Kanada pada tahun 2002 – 2006 untuk mengukur kualitas hidup terkait kesehatan rongga mulut pada anak dengan kelompok usia tertentu dengan berbagai kondisi gigi, ortodontik, dan orofasial. CPQ merupakan kuesioner yang diisi oleh anak itu sendiri. Instrumen ini telah banyak dilaporkan validitas dan reliabilitas penggunaannya oleh berbagai peneliti sebelumnya. Tujuan kuesioner ini adalah untuk menghasilkan konsep anak sehat dan bersifat evaluatif serta mampu membedakan sehingga mampu digunakan pada anak dengan gangguan orofasial dan gigi. Kuisisioner kualitas hidup terdiri dari kuisisioner untuk orang tua atau perawat anak dan yang spesifik untuk anak sendiri. CPQ merupakan bagian dari kuesioner kualitas hidup yang spesifik untuk anak dengan kelompok usia 6-7 tahun, 8-10 tahun, dan 11-14 tahun. Kelompok usia tersebut dibuat karena dianggap memiliki kemampuan kognitif yang homogen.^{9,10}

Hasil penelitian yang dilakukan di Karnataka, India Selatan sebanyak 67,7% anak mengalami sakit pada gigi mereka, 68,3% mengalami gangguan makan, 12,1% mengalami gangguan berbicara, dan 9,9% mengalami gangguan tidur. Filstrup melaporkan hasil penelitian yang dilakukan mengenai karies dan kualitas hidup anak didapati dampak terbesar yang dialami anak adalah nyeri sebesar 68%, dan rasa tidak suka dengan penampilan gigi mereka sebesar 35%. Kondisi mulut yang berkaitan dengan karies gigi seperti sakit gigi dan gigi sensitif memiliki dampak terbesar pada kualitas hidup anak di negara berkembang.^{11,12}

Klein, Palmer dan Knutson pada tahun 1938 memperkenalkan indeks DMF untuk mengukur pengalaman seseorang terhadap karies gigi. Untuk gigi permanen dan gigi

susu hanya dibedakan dengan pemberian kode DMF-T (*Decayed Missing Filled Tooth*) sedangkan def-t (*decayed extruded filled tooth*) digunakan untuk gigi susu. Indeks ini mudah digunakan, valid dan dapat dipercaya sehingga masih terus dipakai untuk mengukur dan membandingkan prevalensi karies gigi pada berbagai populasi di seluruh dunia. Data karies gigi di seluruh dunia telah dikumpulkan dengan menggunakan indeks DMF selama 70 tahun terakhir.¹³

Kesehatan gigi penting karena pencernaan makanan dimulai dengan bantuan gigi. Selain fungsinya untuk makan dan berbicara, gigi juga penting untuk pertumbuhan dan perkembangan normal anak. Pemeliharaan kesehatan gigi dan gusi masyarakat terutama pada anak sekolah sangat penting. Oleh karena itu, salah satu kebijakannya adalah dengan meningkatkan upaya promotif, preventif, dan kuratif pada anak usia sekolah (6-12 tahun) karena pada usia tersebut merupakan waktu untuk tumbuhnya gigi tetap.^{2,13}

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk melakukan pemeriksaan status karies anak dan mencari hubungannya dengan kualitas hidup terkait kesehatan mulut anak usia 8-10 tahun. Kualitas hidup menggunakan indeks *Child Perceptions Questionnaire* 8-10 (CPQ 8-10). Hal ini karena penelitian mengenai kualitas hidup anak umur 8-10 yang menekankan pada persepsi anak langsung masih jarang dilakukan. Rumusan masalah dari penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada hubungan status karies gigi dengan kualitas hidup terkait kesehatan mulut anak usia 8-10 tahun di SDN 3 dan SDN 5 Kota Parepare. Tujuan penelitian Untuk mengetahui hubungan status karies gigi terhadap kualitas hidup dengan kesehatan mulut anak usia 8-10 tahun di SDN 3 dan SDN 5 Kota Parepare. Penelitian ini merupakan jenis penelitian observasional analitik dan desain penelitian *cross sectional*. Penelitian ini dilaksanakan di dua tempat, yaitu SDN 3 dan SDN 5 Kota Parepare pada tanggal 16-20 April 2016 Pada penelitian ini subjek penelitian adalah seluruh anak sekolah dasar yang berumur 8-10 tahun di SDN 3 dan SDN 5 Kota Parepare yang ada pada saat penelitian. Subjek penelitian berjumlah 196 anak terdiri atas 85 anak laki-laki dan 111 anak perempuan. Pengolahan data menggunakan software SPSS versi 22.0 for windows. Untuk melihat apakah ada hubungan antara variabel status karies dengan kualitas hidup anak data dianalisis menggunakan uji T berpasangan dengan $\alpha = 0,05$.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Distribusi subjek menurut usia dan jenis kelamin

Karakteristik Subjek	Jumlah (n)	Persen (%)
Jenis Kelamin Anak		
Laki-laki	85	43,4
Perempuan	111	56,6
Usia Anak		
8 Tahun	62	31,6
9 Tahun	64	32,7
10 Tahun	70	35,7
Total	196	100

Tabel 1 menunjukkan distribusi karakteristik subjek penelitian, berdasarkan jenis kelamin anak perempuan lebih banyak (111/56,6 %) dari laki-laki (85/43,4 %). Berdasarkan usia anak, kelompok usia 10 tahun lebih banyak (70/35,7%) dan yang paling sedikit adalah kelompok usia 8 tahun (62/31,6%)

Tabel 2. Distribusi jawaban subjek berdasarkan pertanyaan *Child Perceptions Questionnaire 8-10 (CPQ 8-10)* mengenai kualitas hidup terkait kesehatan mulut anak 8-10 tahun.

Pertanyaan Dimensi Kualitas Hidup	Tidak Pernah		Sekali atau Dua Kali		Kadang-Kadang		Sering		Setiap Hari	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Keluhan Rongga Mulut</i>										
Sakit gigi	47	24	34	17,3	93	47,4	20	10,2	2	1
Luka dalam mulut	34	17,3	52	26,5	89	45,5	20	10,2	1	5
Sakit meminum minuman	43	21,9	35	17,9	81	41,3	23	11,7	14	7,1
Makanan tersangkut	7	3,6	23	11,7	69	35,2	70	35,7	27	13,8

Bau mulut	18	9,2	53	27,0	101	51,5	17	8,7	7	3,6
Lama mengunyah	86	43,9	41	20,9	49	25,0	16	8,2	4	2,0
Susah mengunyah makanan	62	31,6	44	22,4	64	32,7	20	10,2	6	3,1
Masalah pengunyahan	109	55,6	29	14,8	43	21,9	13	6,6	2	1
Susah mengucapkan kata	123	62,8	29	14,8	30	15,3	13	6,6	1	0,5
Susah tidur	85	43,4	33	16,8	60	30,6	16	8,2	2	1
<i>Keluhan Emosional</i>										
Mudah marah	66	33,7	39	19,9	60	30,6	25	12,8	6	3,1
Merasa frustrasi	94	48	38	19,4	40	20,4	24	12,2	0	0
Malu	148	75,5	10	5,1	26	13,3	8	4,1	4	2
Tidak percaya diri pada teman	126	64,3	25	12,8	35	17,9	6	3,1	4	2
Keluhan penampilan	132	67,3	26	13,3	17	8,7	15	7,7	6	3,1
<i>Keterbatasan Fungsional</i>										
Tidak masuk sekolah	122	62,2	32	16,3	25	12,8	16	8,2	1	0,5
Sulit memperhatikan pelajaran	93	47,4	40	20,4	50	25,5	2	5,6	2	1
Terganggu mengerjakan PR	83	42,3	48	24,5	41	20,9	1	11,7	1	0,5
Malas berbicara di sekolah	82	41,8	32	16,3	56	28,6	21	10,7	5	2,6
<i>Keterbatasan Sosial</i>										
Malas tertawa	100	51	33	16,8	34	17,3	25	12,8	4	2
Menghindari berbicara	118	60,2	22	11,2	39	19,9	14	7,1	3	1,5
Menjauhi teman	141	71,9	17	8,7	19	9,7	14	7,1	5	2,6
Malas bermain	92	46,9	37	18,9	47	24	13	6,6	7	3,6
Diejek oleh teman	130	66,3	24	12,2	27	13,8	10	5,1	5	2,6
Ditanya oleh teman	73	37,2	53	27	41	20,9	23	11,7	6	3,1

Tabel 2 menunjukkan distribusi jawaban pertanyaan kualitas hidup terkait kesehatan mulut anak. Pada keluhan rongga mulut yang paling sering dikeluhkan anak adalah makanan tersangkut pada gigi sebanyak 70 anak (35,7%). Pada keluhan emosiona yang paling sering dikeluhkan anak adalah mudah marah saat sakit gigi sebanyak 25 anak (12,8%) dan merasa frustrasi pada saat sakit gigi sebanyak 24 anak (12,2%). Pada keterbatasan fungsional keluhan yang paling sering anak rasakan adalah malas berbicara apabila anak merasa sakit gigi sebanyak 21 anak (10,7%) . Pada keterbatasan sosial keluhan yang paling sering dirasakan anak adalah malas tertawa pada saat sakit gigi sebanyak 25 anak (12,8%).

Tabel 3. Distribusi subjek menurut kategori kualitas hidup terkait kesehatan mulut anak 8-10 tahun

Kategori Kualitas Hidup Anak	Jumlah (n)	Persentasi (%)
Baik	173	88,3
Buruk	23	11,7
Total	196	100

Berdasarkan Tabel 2, anak yang mempunyai kualitas hidup baik sebanyak 173 anak (88,3%) dan anak yang mempunyai kualitas hidup buruk sebanyak 23 anak (11,7%).

Tabel 4. Distribusi rata-rata nilai d,e,f, dan def-t anak berdasarkan usia anak, jenis kelamin, dan kualitas hidup anak

Karakteristik Subjek	Rata-rata \pm SD				
	n	d	e	f	def-t
Umur Anak					
8	62	2,4 \pm 2,27	0,53 \pm 0,97	0 \pm 0	2,93 \pm 2,54
9	64	1,95 \pm 1,95	0,7 \pm 1,122	0 \pm 0	2,65 \pm 2,21
10	70	0,90 \pm 1,6	0,37 \pm 0,82	0 \pm 0	1,27 \pm 1,92

Jenis Kelamin					
Laki-Laki	85	2,08±2,39	0,6±1,11	0±0	2,68±2,7
Perempuan	111	1,44±1,72	0,48±0,862	0±0	1,91±1,96
Kualitas Hidup Anak					
Baik	173	1,32±1,57	0,45±0,83	0±0	1,76±1,85
Buruk	23	4,7±2,78	1,17±1,61	0±0	5,86±2,43

Tabel 4 memperlihatkan distribusi rata-rata nilai d, e, f, dan def-t gigi sulung anak berdasarkan usia, jenis kelamin, dan kualitas hidup anak. Berdasarkan usia, usia 8 tahun memiliki rata-rata nilai d dan e yang paling tinggi diantara usia lainnya. Terlihat rata-rata usia anak 8 tahun memiliki rata-rata nilai def-t mencapai (2,93±2,54). Hasil penelitian memperlihatkan bahwa rata-rata nilai d laki-laki lebih tinggi (2,08±2,39) daripada perempuan (1,44±1,72). Hal ini diikuti dengan nilai def-t laki-laki yang lebih tinggi daripada perempuan.

Pada kategori kualitas hidup anak, terlihat bahwa nilai rata-rata def-t anak dengan kualitas hidup baik lebih tinggi (1,76±1,85) daripada anak dengan kualitas hidup buruk (5,86±2,43). Hal ini menunjukkan bahwa pada kelompok anak dengan kualitas hidup buruk, setiap anak rata-rata lima hingga enam gigi sulung yang mengalami kerusakan akibat karies baik decay, missing, atau filling.

Tabel 5. Distribusi rata-rata nilai D,M,F, dan DMF-T anak berdasarkan usia anak, jenis kelamin, dan kualitas hidup anak

Karakteristik Subjek	Rata-rata ± SD				
	n	D	M	F	DMF-T
Umur Anak					
8	62	0,29±0,71	0±0	0±0	0,29±0,71
9	64	0,45±0,71	0±0	0±0	0,45±0,71
10	70	0,97±1,32	0±0	0,06±0,28	1,02±1,32

Jenis Kelamin					
Laki-Laki	85	0,52±1,00	0±0	0,01±0,1	0,53±1,00
Perempuan	111	0,64±1,02	0±0	0,03±0,21	0,67±1,03
Kualitas Hidup Anak					
Baik	173	0,57±1,04	0±0	0,02±0,18	0,58±1,05
Buruk	23	0,74±0,81	0±0	0±0	0,73±0,81

Tabel 5 menunjukkan distribusi rata-rata nilai D, M, F, dan DMF-T anak berdasarkan usia, jenis kelamin dan kualitas hidup anak. Berdasarkan usia, usia 10 tahun memiliki rata-rata nilai D yang paling tinggi diantara kelompok lainnya, sedangkan usia 8 tahun adalah usia yang memiliki rata-rata gigi permanen yang mengalami kerusakan akibat karies yang paling sedikit. Terlihat nilai DMF-T usia 10 tahun mencapai (1,02±1,32). Terlihat bahwa pada kelompok usia 10 tahun sudah terdapat gigi permanen yang telah direstorasi (0,06±0,28). Terlihat nilai DMF-T perempuan lebih tinggi (0,67±1,03) daripada laki-laki (0,52±1,00). Pada kelompok perempuan gigi yang telah direstorasi lebih banyak (0,03±0,21 dibandingkan laki-laki (0,01±0,1).

Berdasarkan kualitas hidup anak, anak dengan kualitas hidup baik memiliki rata-rata d lebih sedikit dibandingkan anak dengan kualitas hidup baik. Anak dengan kualitas hidup baik yang mempunyai gigi permanen yang telah direstorasi (0,02±0,18) dibandingkan anak dengan kualitas hidup buruk yang tidak memiliki gigi permanen yang direstorasi. Rata-rata nilai DMF-T paling tinggi ditemukan pada anak dengan kualitas hidup yang buruk (0,73±0,81). Hal ini berarti bahwa pada kelompok anak dengan kualitas hidup buruk rata-rata memiliki 1 gigi permanen yang mengalami kerusakan akibat karies baik decay, missing, atau filling.

Tabel 6. Hubungan nilai rata-rata def-t dengan kualitas hidup terkait kesehatan mulut anak usia 8-10 tahun

Kategori Kualitas Anak	N	%	Rata-Rata±SD def-t	p
Baik	173	88,3	1,76±1,85	p= 0.000*

Buruk	23	11,7	5,86±2,43	p< 0,05
-------	----	------	-----------	---------

**Uji T berpasangan: p<0,05*

Berdasarkan hasil uji statistik, terlihat nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$) yang berarti bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara status karies gigi sulung dengan kualitas hidup terkait kesehatan mulut anak.

Tabel 7. Hubungan nilai rata-rata DMF-T dengan kualitas hidup terkait kesehatan mulut anak usia 8-10 tahun

Kategori Kualitas Anak	N	%	Rata-Rata±SD DMF-T	p
Baik	173	88,3	1,76±1,85	p= 0,512
Buruk	23	11,7	5,86±2,43	p> 0,05

Uji T berpasangan: p>0,05

Berdasarkan hasil uji statistik, terlihat nilai $p=0,512$ ($p > 0,05$) yang berarti bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara status karies gigi permanen dengan kualitas hidup terkait kesehatan mulut anak.

PEMBAHASAN

Pada dimensi keluhan rongga mulut yang kadang-kadang anak rasakan adalah persentase terbesar yaitu anak kadang-kadang merasakan bau mulut sebesar 32,7%, hal ini kemungkinan akibat karies ataupun kebersihan mulut anak yang kurang. Anak tidak pernah merasakan lama untuk mengunyah, susah mengucapkan kata, susah tidur. Persentase paling banyak adalah anak tidak pernah memiliki masalah pengunyahan yaitu 55,6%, namun keluhan yang paling sering anak rasakan adalah makanan tersangkut pada gigi nya sebesar 35,7%. Hasil penelitian ini lebih tinggi dibandingkan penelitian yang dilakukan Abanto pada anak di Brasil yaitu sakit pada gigi, bibir dan rahang 45,8%, sulit meminum minuman panas atau dingin 25,2%.¹⁸

Berdasarkan dimensi kondisi emosional, keterbatasan fungsional, dan keterbatasan sosial, anak yang tidak pernah merasakan keluhan mempunyai persentase paling tinggi. Hal ini kemaungkinan karena anak dengan kualitas hidup baik memiliki jumlah lebih banyak yaitu 173 anak (88,3%) daripada anak dengan kualitas buruk yaitu 23 anak (11,7%).

Pada dimensi emosional, persentase yang paling sering dialami oleh anak adalah rasa mudah marah yaitu 30,6%. Hal ini sesuai dengan perkembangan emosional anak yaitu pada tahap perkembangan usia sekolah dasar. Pada 8-10 tahun anak sudah bisa memahami sifat atau kondisi mengenai dirinya dan juga sudah mampu menilai diri sendiri yang ditunjukkan dalam bentuk emosi. Emosi-emosi yang secara umum dialami pada tahap perkembangan usia ini adalah marah, takut, cemburu, rasa ingin tahu dan rasa senang atau bahagia. Emosi merupakan faktor yang dominan yang mempengaruhi tingkah laku anak. Anak-anak seringkali tidak mampu menahan emosi, cenderung emosi anak akan nampak dan bahkan berlebihan. Hal ini mungkin yang menyebabkan dimensi emosional paling sering dialami dan menimbulkan gangguan pada anak.¹⁴

Pada dimensi keterbatasan fungsional keluhan yang paling sering anak rasakan adalah malas berbicara disekolah akibat sakit gigi, hal ini mungkin disebabkan rasa sakit pada gigi akibat karies yang tidak dirawat yang dialami oleh sebagian besar anak sehingga dapat mempengaruhi komunikasi antara teman dan guru anak dalam proses pembelajaran disekolah.

Pada dimensi keterbatasan sosial, keluhan yang paling sering dikeluhkan anak adalah malas tertawa, hal ini kemungkinan dapat berdampak pada psikologis anak dan membuat anak tersebut menjadi pendiam dan menutup diri pada lingkungan sosialnya.

Pada Tabel 5 dan 6 terlihat beberapa nilai rata-rata lebih tinggi dari standar deviasi, hal ini kemungkinan karena terdapat nilai yang sangat ekstrem tinggi dan rendah sehingga variasi data menjadi lebih banyak.

Rata-rata def-t paling tinggi pada kelompok usia 8 tahun memiliki rata-rata nilai d dan e yang paling tinggi diantara usia lainnya. Terlihat rata-rata usia anak 8 tahun memiliki rata-rata nilai def-t mencapai $(2,93 \pm 2,54)$ jumlah ini lebih kecil dibandingkan dengan penelitian Aribowo dari 7 lokasi di Yogyakarta penelitian pada anak-anak umur 8-10 tahun, frekuensi karies adalah sebesar 75 % dengan indeks def-t rata-rata 5,2.¹⁹ Hal ini kemungkinan karena SDN 3 dan SDN 5 merupakan sekolah unggulan dimana kebanyakan orang tua siswa memiliki pendidikan dan sosial ekonomi yang lebih tinggi, sehingga ada perhatian lebih kepada anak dari orang tua dalam perawatan gigi anaknya.

Rata-rata nilai d laki-laki lebih tinggi $(2,08 \pm 2,39)$ daripada perempuan $(1,44 \pm 1,72)$. Hal ini diikuti dengan nilai def-t laki-laki yang lebih tinggi daripada perempuan. Hal ini serupa dengan penelitian Pontonuwu dkk yang menyebutkan selama masa kanak-kanak

dan remaja, laki-laki menunjukkan nilai indeks karies lebih tinggi dari perempuan dan pengalaman karies lebih tinggi pada laki-laki daripada perempuan selama periode anak-anak sampai remaja.²⁰ Hal ini kemungkinan karena perempuan cenderung lebih memperhatikan kebersihannya termasuk gigi dan mulutnya.

Untuk gigi permanen terlihat pada hasil penelitian bahwa anak dengan kelompok umur 10 tahun memiliki nilai rata-rata D $0,97 \pm 1,32$. Hal ini berbeda dengan penelitian Silaban dkk di Manado yang meneliti karies pada gigi geraham permanen bahwa anak yang paling banyak mengalami karies gigi yaitu pada umur 9 tahun, sedangkan yang mengalami karies gigi yang paling sedikit, pada umur 10 tahun gigi yang mengalami karies 52,3%.^{1,21} Anak-anak mempunyai resiko karies yang paling tinggi ketika gigi mereka baru erupsi. Gigi geraham pertama permanen waktu erupsi di rongga mulut anak pada umur 6 – 7 tahun. Waktu erupsi gigi geraham pertama permanen lebih cepat dari gigi geraham yang lain menyebabkan gigi ini rentan terhadap karies karena pada masa ini permukaan oklusal gigi molar pertama sedang berkembang. Bentuk anatomi gigi geraham pertama permanen lebih banyak pit dan fisur dibandingkan gigi yang lain sehingga gigi ini lebih beresiko terkena karies paling banyak.

Pada kelompok anak dengan kualitas hidup baik, terlihat gigi permanen yang telah ditambal walau dengan nilai rata-rata F hanya $0,02 \pm 0,18$. Hal ini menunjukkan sebagian orang tua anak sudah sadar bahwa gigi permanen yang tumbuh diantara gigi susu apabila tidak dirawat atau kemudian dicabut tidak akan mendapatkan gigi pengganti.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara nilai def-t dengan kualitas hidup anak 8-10 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa kesehatan rongga mulut yang buruk merupakan faktor penting yang dapat berdampak negatif terhadap kualitas hidup anak dan mempengaruhi aktivitas sehari-hari seperti sekolah dan belajar.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara nilai DMF-T dengan kualitas hidup anak umur 8-10 tahun. Hal ini kemungkinan pada umur 8-10 tahun gigi permanen belum seluruhnya tumbuh. Anak umur 8-10 tahun merupakan masa yang penting dalam pertumbuhan gigi geligi karena merupakan masa periode gigi bercampur dan gigi permanen sudah mulai tumbuh, mengingat masalah dan gangguan rongga mulut dapat menjadi hal yang parah maka anak perlu untuk mendapatkan perhatian sejak dini. Namun, orang tua seharusnya tetap dapat

memberikan perhatian lebih terhadap kesehatan gigi dan mulut seperti membantu anak dalam menyikat gigi agar kesehatan anak menjadi lebih baik.

SIMPULAN

Rata-rata nilai def-t anak kelompok 8 tahun adalah $2,93 \pm 2,54$, kelompok 9 tahun adalah $2,65 \pm 2,21$, dan kelompok 10 tahun adalah $1,27 \pm 1,92$. Rata-rata nilai DMF-T anak kelompok 8 tahun adalah $0,29 \pm 0,71$, kelompok 9 tahun adalah $0,45 \pm 0,71$, dan kelompok 10 tahun adalah $1,02 \pm 1,32$. Persentase anak yang memiliki kualitas hidup kategori baik adalah 88,3% dan anak yang memiliki kualitas hidup kategori buruk adalah 11,7%. Terdapat hubungan antara nilai def-t dengan kategori kualitas hidup anak usia 8-10 tahun di SDN 3 dan SDN 5 Kota Parepare ($p=0,000$) Tidak terdapat hubungan antara nilai DMF-T dengan kategori kualitas hidup anak usia 8-10 tahun di SDN 3 dan SDN 5 Kota Parepare ($p=0,512$)

DAFTAR PUSTAKA

1. Sutjipto C, Vonny N.S.W, Wulan P.J.K. Gambaran tindakan pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut anak usia 10-12 tahun di SD Kristen Eben Haezar 02 Manado. Manado: Jurnal e-GiGi (eG), 2013;1(1): hal 697-706.
2. Bragmian RA, Franklin GG, Anthony RV. The global in dental caries. Apending Public Health Crisis. *Am J Den,t* 2009: 22: hal 3-8.
3. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemeterian Kesehatan RI tahun 2013. Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013. Jakarta:2013: hal 142-63.
4. Adhani R, Ringga S, Bayu IS, Teguh H. Hubungan pelaksanaan ukgs dengan status kesehatan gigi dan mulut murid sekolah dasar dan sederajat di wilayah kerja Puskesmas Cempaka Putih Kota Banjarmasin. *Dentino (J Ked Gigi)*, 2014: 2(1): hal 102-9.
5. Sheiham A. Oral health, general health, and quality of life. *Bulletin of The World Health Organization*, 2005;83(9): hal 1-2
6. Situmorang N. Dampak karies gigi dan penyakit periodontal terhadap kualitas hidup. Pidato Pengukuhan Guru Besar FKG USU. Medan: Universitas Sumatera Utara. 2005: hal 1-19.
7. Cameroon A. Handbook of pediatric dentistry. London: Mosby; hal 55-29.
8. Alghadeer A. Cross-Cultural adaptation of a child oral health-related quality of life measure. Thesis. London: The Dental Practice and Policy Department Denmark Hill Campus, 2012: hal 27-97.

9. Martin MT, Ferreira FM, Oliveria AC, Paiva SM. Preliminary validation of the brazilian version of the child perceptions questionnaire 8-10. Department of Paediatric Dentistry and Orthodontics: Faculty of Dentistry. Brazil, 2014: hal 1-6.
10. Jokovic A, Locker D, Tompson B, Guyatt G. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight- to ten-year-old children. Scientific Article. Pediatric Department University of Hamilton. 2001;24(6): hal 1-7.
11. Bakhtiar M, Tayebbeh MM, Abolghasem H, Mehrdad V. Association of oral health indicators with quality of life related to oral health among iranian adolescent. Journal of International Oral Health 2014; 6(6): hal 1-5.
12. Agrawal N, Pushpanjali K, Gupta ND, Amit KG. Child-Oral impact on daily performances: A socio dental approach to assess prevalence and severity of oral impacts on daily performances in South Indian School children of Bangalore city: A cross-sectional survey. Journal of Indian Association of Public Health Dentistry 2014; 12: hal 88-92.
13. Alhamda S. Status kebersihan gigi dan mulut dengan status karies gigi (Kajian pada murid kelompok umur 12 tahun di Sekolah Dasar Negeri Kota Bukittinggi). Padang: Berita kedokteran masyarakat, 2011; 27(2): hal 108-15
14. Laksmi DMH. Pusat informasi dan pelayanan terpadu anak usia dini di yogyakarta. Skripsi. Jurusan Arsitektur. Fakultas Teknik. Universitas Atma Jaya Yogyakarta; 2013: 33-5
15. Pemerintah Kota Parepare. Laporan penyelenggaraan pemerintah daerah Kota Parepare 2012. Parepare: 2012: hal 1-5
16. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Indonesia. Ringkasan eksekutif data dan informasi kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan. Bakti Husada: 2014: hal 16.
17. Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan. Profil kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan 2014. Makassar: 2014: hal 82-5
18. Abanto J, Thiago S, Fausto M, Marcia T, Bunecker M, Daniela P. Impact of oral disease and disorder on oral health-related quality of life of preschool children. Community Dent Oral Epidemiol. 2011;39: hal 105-14.
19. Aribowo A. Pengaruh tingkat pengetahuan tentang makanan kariogenik terhadap karies gigi pada siswa SDN 1 Sumberagung dan SDN Bantul Timur. Skripsi. Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret. Surakarta: 2010: hal 38-9.
20. Silaban S, Gunawan P, dan Wicaksono D. Prevalensi karies gigi geraham pertama permanen pada anak umur 8-10 tahun di SD Kelurahan Kawangkoan Bawah. Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi. Manado: 2013: hal 1-8.

21. Pontonuwu J. Mariati N. Gambaran status karies anak sekolah dasar di Kelurahan Kinilow 1 Kecamatan Tomohon Utara. Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi. Manado: 2013: hal 1-7.